

Tomador:	ASSOCIAÇÃO PAULISTA DOS CIRURGIÕES DENTISTAS
CNPJ:	47.331.822/0001-19

Especificação anexa a apólice nº: 17.78.0089170.28		
Ramo: 0378 – Responsabilidade Civil Profissional		
Vigência: às 24 horas	Início: 01/01/2020	Término: 01/01/2021

MEDMAL SPECIALTY
RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL PARA MÉDICOS, DENTISTAS,
ENFERMEIROS, FISIOTERAPEUTAS, NUTRICIONISTAS E PSICÓLOGOS

1. ORIENTAÇÕES EM CASO DE SINISTRO

Assim que tiver conhecimento de um sinistro ou mesmo expectativa de sinistro, o segurado deverá comunicar à Seguradora de imediato, através do e-mail **sinistorcp@gpnc.com.br**, em tempo hábil, encaminhando a seguinte documentação:

1. Em caso de ações cíveis:
 - a) Mandado de citação;
 - b) Contra-fé;
 - c) Documentos referentes ao atendimento prestado (prontuário, ficha de atendimento, exames e etc. ou, no caso de não conseguir, um relatório médico minucioso);
 - d) Aviso de Sinistro preenchido, assinado e carimbado.
2. Em caso de ações criminais ou inquéritos policiais
 - a) Cópia da intimação recebida;
 - b) Documentos referentes ao atendimento prestado (prontuário, ficha de atendimento, exames e etc. ou, no caso de não conseguir, um relatório médico minucioso);
 - c) Aviso de Sinistro preenchido, assinado e carimbado.
3. Em caso de processos disciplinares ou sindicâncias instauradas pelo órgão de classe
 - a) Cópia da intimação recebida;
 - b) Documentos referentes ao atendimento prestado (prontuário, ficha de atendimento, exames e etc. ou, no caso de não conseguir, um relatório médico minucioso);
 - c) Aviso de Sinistro preenchido, assinado e carimbado.

Tomador:	ASSOCIAÇÃO PAULISTA DOS CIRURGIÕES DENTISTAS
CNPJ:	47.331.822/0001-19

MEDMAL SPECIALTY RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL PARA MÉDICOS, DENTISTAS, ENFERMEIROS, FISIOTERAPEUTAS, NUTRICIONISTAS E PSICÓLOGOS DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS CONTRATADAS		
Item 1:	Tomador:	ASSOCIAÇÃO PAULISTA DOS CIRURGIÕES DENTISTAS ABCD – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIRURGIÕES DENTISTAS
	Segurado:	Profissionais Odontólogos indicados na relação mensal enviada pelo estipulante.
Item 2:	Período de Vigência da Apólice:	A Apólice vigorará a partir das 24:00 horas do dia 01/01/2020 e terminará às 24:00 horas do dia 01/01/2021
Item 3:	Limite Máximo de Cobertura / Limite Agregado:	R\$ 5.000.000,00
	Sub-limites:	R\$ 150.000,00 – Por segurado.
Item 4:	Data Retroativa de Cobertura:	Retroatividade: Inicia-se a partir da data de ingresso do Associado (profissional dentista) na APCD e ABCD, desde que esta data não seja anterior a 01/07/1997 e que não haja interrupção do pagamento de prêmio. Havendo interrupção do pagamento, a data retroativa de cobertura será a partir da nova data de ingresso do Associado.
Item 5:	Franquia / Participação Obrigatória do Segurado:	10% dos prejuízos indenizáveis, com mínimo de R\$ 300,00 e máximo de R\$ 5.000,00 por Segurado; Harmonização Facial: 10% dos prejuízos indenizáveis, com mínimo de R\$ 1.000,00 e máximo de R\$ 8.000,00 por Segurado.
Item 6:	Âmbito de Cobertura:	Território Nacional.
	Jurisdição:	Território Nacional.

Tomador:	ASSOCIAÇÃO PAULISTA DOS CIRURGIÕES DENTISTAS
CNPJ:	47.331.822/0001-19

Item 7:	Especialidade profissional:	Odontologia com Cirurgia;
Item 8:	Observações:	Processo SUSEP n°.: 15414.000701/2008-10.

Seguradora:

Chubb Seguros Brasil S.A.

CNPJ 03.502.099/0001-18

Av. Rebouças, 3.970 25° ao 28° andares

Edifício Eldorado Business Tower

São Paulo SP, Brasil - CEP: 05402-920

Para informações sobre o Seguro de Responsabilidade Civil Profissional fale com:

Grupo Personal NC Seguros (GPNC)

Telefone (11) 2137-3500

Fax: (11) 2137-3542

E-mail: sinistrorecp@gpnc.com.br

Endereço para correspondência:

Avenida Brigadeiro Luis Antônio 393, 5° andar, Bela Vista – São Paulo / SP CEP 01317-000

Atenção:

Por favor, leia sua apólice cuidadosamente. Esta apólice é à base de reclamações com notificação. Algumas cláusulas aqui descritas restringem a cobertura do seguro, especificando o que está ou não coberto e determinando direitos e deveres.

As palavras que se encontra em negrito ao longo desta Apólice, foram definidas e devem ser entendidas indistintamente em sua forma singular ou plural de acordo com sua definição. Os títulos e subtítulos utilizados na cláusula de Definições abaixo são estritamente enunciativos. Portanto devem ser interpretados de acordo com o texto que os acompanham.

CONDIÇÕES PARA O SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL PARA MÉDICOS, DENTISTAS, ENFERMEIROS, FISIOTERAPEUTAS, NUTRICIONISTAS E PSICÓLOGOS
--

SEGURO À BASE DE RECLAMAÇÕES COM NOTIFICAÇÕES**1. DEFINIÇÕES**

APÓLICE: É o documento através do qual a **Seguradora** formaliza a aceitação do seguro, definindo os valores e as condições pactuadas nessa aceitação. Considera-se também como **apólice**, o questionário e os endossos de alteração das condições pactuadas.

APÓLICE À BASE DE OCORRÊNCIA: Aquela que define como objeto do seguro o pagamento e/ou reembolso, a título de perdas e danos, devido a terceiros pelo **Segurado**, a título de reparação de danos, estipuladas por tribunal civil ou acordo aprovado pela sociedade **Seguradora**, desde que:

- A) Os danos tenham ocorrido durante o período de vigência da **apólice**, e desde que o **Segurado** pleiteie a **indenização** durante a vigência da **apólice** ou nos prazos prescricionais em vigor;
- B) O **Segurado** pleiteie a **indenização** durante a vigência da **apólice** ou nos prazos prescricionais em vigor.

APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES COM NOTIFICAÇÃO: Aquela que se define, como objeto do seguro, o pagamento e/ou reembolso das quantias respectivamente, devidas ou pagas a terceiros, pelo **Segurado**, a título de reparação de danos, estipuladas por tribunal civil ou por acordo aprovado pela sociedade **Seguradora**, desde que:

- A) os danos tenham ocorrido durante o período de vigência da **apólice** ou durante o período de retroatividade contratualmente previsto;
- B) o terceiro apresente a reclamação ao **Segurado**:
 - 1 – durante a vigência da **apólice**; ou
 - 2 – durante o prazo complementar, quando aplicável; ou
 - 3 – durante o prazo suplementar, quando aplicável.

ATO MÉDICO: procedimento profissional que o **Segurado** e/ou todos seus empregados reconhecidos como profissionais de saúde habilitados juntos aos seus Órgãos de Classe, prestam a Terceiros, incluindo, mas não limitando a consultas médicas, consultas odontológicas, prescrições e/ou administração de medicamentos, procedimentos cirúrgicos, tratamentos, serviços laboratoriais, emissão

de documentos médicos, serviços de enfermagem, serviços de fisioterapia, serviços de nutrição, serviços de psicólogos e demais procedimentos profissionais necessários à prestação de serviços de saúde.

ATOS ILÍCITOS DOLOSOS: são os danos diretamente causados por qualquer pessoa ou grupo de pessoas que tenha agido contra terceiros com intenção de causar prejuízo e/ou obter qualquer tipo de vantagem.

AVISO DE SINISTRO: é a comunicação formal específica de uma **reclamação** de **terceiros** efetuada durante o período de vigência da apólice ou que seja efetuada durante o Prazo Complementar ou Prazo Suplementar, que o segurado é obrigado a fazer à Seguradora com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do sinistro.

COBERTURAS: conjunto de proteções concedidas pelo contrato de seguro, de conformidade com as condições contratadas.

COBERTURA BÁSICA: são aquelas sem as quais o contrato de seguro não pode ser constituído.

COBERTURAS OPCIONAIS: são as **coberturas** complementares às **coberturas básicas**.

CONDIÇÕES GERAIS: conjunto das cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou **coberturas** de um plano de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou **cobertura** de um plano de seguro, que eventualmente alteram as **Condições gerais**.

CONDIÇÕES PARTICULARES: conjunto de cláusulas que alteram as **Condições gerais** e/ou Especiais de um plano de seguro, modificando ou cancelando disposições já existentes, ou, ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a **cobertura**.

CORRETOR: profissional autorizado pelos órgãos competentes para promover a intermediação de contratos de seguro e sua administração.

CUSTO DE DEFESA: são todos os emolumentos, honorários advocatícios, laudos periciais, [encargos de tradução](#), depósitos recursais, fianças, sucumbências e demais despesas (judiciais ou extrajudiciais) necessárias para a defesa do **Segurado** por decorrência de uma **reclamação** coberta pelo presente seguro.

DANO: São os prejuízos e ofensas sofridos por terceiros por ação ou omissão cuja responsabilidade seja atribuída ao **Segurado**. Os **danos** são classificados em materiais, corporais, estéticos e/ou morais.

DANO CORPORAL: **danos** físicos às pessoas, incluindo, mas não limitado a lesão, incapacidade ou morte, perda total ou parcial de um órgão, sentido ou função decorrentes de um **ato médico incidental** causado a **terceiros**.

DANO ESTÉTICO: Transformações ou ofensa à harmonia física da pessoa, caracterizado por deformações permanentes ou de remoção total ou parcial mediante a submissão de novos atos médicos cirúrgicos, incluindo, mas não limitado a marcas, manchas, cicatrizes, hematomas e queimaduras.

DANO MATERIAL: **danos** físicos causados a propriedade tangível, entendidos pela presente **apólice** como lucros cessantes, despesa médica e hospitalar, medicamentos, viagens, contratação de serviços de

enfermeiros, psicólogos e demais prejuízos auferidos pelo terceiro reclamante decorrente de um **ato médico incidental** causado a **terceiros**.

DANO MORAL: dano causado de forma involuntária a terceiros, que traz como conseqüência ofensa a honra, ao afeto, à liberdade, à profissão, ao respeito aos mortos, à psiquê, à saúde, ao nome, ao crédito, ao bem estar e à vida, sem necessidades de ocorrência de prejuízo financeiro decorrentes de um **ato médico incidental** causado a **terceiros**.

DATA RETROATIVA DE COBERTURA: data igual ou anterior ao início de vigência da primeira de uma série sucessiva e ininterrupta de apólices à base de reclamações, a ser pactuada pelas partes por ocasião inicial do seguro.

ENDOSSO: é o documento expedido pela **Seguradora**, durante a vigência do contrato, pelo qual esta e o **Segurado** acordam quanto a alteração de dados, modificam as condições ou o objeto do seguro.

EXTRAVIO DE DOCUMENTOS: se caracterizam com o desaparecimento de documentos por motivo de força maior ou caso fortuito.

FATO GERADOR: acontecimento acidental e imprevisto que resulta em **dano corporal**, estético, material e/ou moral causado a um terceiro decorrente de um ato médico incidental coberto pela apólice. Se a data do **fato gerador** não puder ser determinada com exatidão, ou caso não haja acordo entre **Seguradora** e **Segurado**, fica convencionado que o momento em que se deu o primeiro ato ou conduta omissiva ou comissiva definida como negligente, imprudente ou imperita. Caso a primeira conduta não possa ser definida com exatidão, fica convencionada a data que pela primeira vez o **Segurado** iniciou a prestação de serviços médico ao terceiro reclamante.

FRANQUIA / PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA: valor até o qual o **Segurado** responde obrigatoriamente pelos prejuízos de um **Sinistro** coberto. A responsabilidade da **Seguradora** inicia-se apenas e tão somente no que excede o valor da **franquia**.

A **franquia** pode ser um valor fixo ou percentual aplicável sobre os valores reclamados ou ambas as situações, conforme descrito no item “5” da especificação da **apólice**.

FURTO DE DOCUMENTOS: se caracteriza pela subtração sem que tenha havido o emprego de qualquer força ou violência para obtenção de documentos e, quando qualificado se caracteriza pela subtração mediante destruição ou rompimento de obstáculo, bem como abuso de confiança, para obtenção dos documentos.

INDENIZAÇÃO: É o valor monetário pago pela **Seguradora** em decorrência de **fato gerador** coberto por este seguro.

INSPEÇÃO: termo utilizado para definir ato da **Seguradora** em realizar trabalho de visita ao local do **risco** para inspecioná-lo e, mediante relatório detalhado, tomar prévio conhecimento do mesmo para fins de aceitação e taxaço e/ou rejeição do risco.

LIMITE AGREGADO: Valor total máximo indenizável por **cobertura** no contrato de seguro, considerada a soma de todas as indenizações e demais gastos ou despesas relacionadas aos **Sinistros** ocorridos, sendo previamente fixado e estipulado como produto do **limite máximo de indenização** por um fator superior ou igual a um, devidamente descrito no item “01” da especificação da presente **apólice**.

LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO: Representa o valor máximo de responsabilidade assumida pela **Seguradora**, relativo à reclamação ou série de reclamações indenizáveis pelo presente seguro. Os limites máximos de indenização estabelecidos para coberturas distintas são independentes, não se somando e não se comunicando.

NOTIFICAÇÃO: para efeito deste Seguro, meio do qual o **Segurado** comunica à **Seguradora**, por escrito, fatos ou circunstâncias que podem dar origem a reclamações futuras amparadas pelo seguro.

PERÍODO DE RETROATIVIDADE: corresponde ao espaço de tempo compreendido entre a **data retroativa de cobertura** e a do início de vigência da **apólice** em curso.

PERÍODO DE VIGÊNCIA: é o período de validade da apólice, que deve ser no mínimo de 1 (um) ano.

PRAZO COMPLEMENTAR: prazo adicional para apresentação, pelo **Segurado**, de reclamações de terceiros, a ele concedido, obrigatoriamente, pela **Seguradora**, sem cobrança de qualquer prêmio adicional, a partir do término de vigência da **apólice** ou da data de seu cancelamento.

PRAZO SUPLEMENTAR: Prazo adicional para apresentação de reclamações ao segurado, por parte de terceiros, oferecido, obrigatoriamente, pela sociedade seguradora, mediante a cobrança facultativa de prêmio adicional, tendo início na data do término do prazo complementar. Esta possibilidade deve ser invocada pelo Segurado, de acordo com os procedimentos estabelecidos na apólice.

PRÊMIO: É o valor que o **Segurado** paga à **Seguradora** para que esta assuma os efeitos econômicos dos **riscos** cobertos pelo seguro.

PROPONENTE: pessoa física que pretende fazer um seguro.

PROPOSTA DE SEGURO: é o instrumento que formaliza o interesse do **proponente** ou estipulante em efetuar o seguro.

QUESTIONÁRIO: Documento enviado pelo **Segurado** à **Seguradora** com a finalidade de analisar e dimensionar o **risco** objeto da **cobertura** do seguro. É parte integrante da **apólice** e deve ser devidamente assinado pelo **Segurado** ou seu representante.

RECLAMAÇÃO: é a ação judicial ou extrajudicial ou qualquer outro tipo de demanda pecuniária escrita ou não do terceiro prejudicado contra o **Segurado** por **atos médicos danosos** cobertos pelo presente seguro.

RATEIO: É o cálculo da **indenização** previsto nos seguros à primeiro **risco**, que prevêem uma participação proporcional do **Segurado** nos prejuízos.

RISCO: É a possibilidade de um acontecimento acidental ou inesperado, causador de **dano** ou um prejuízo financeiro.

RISCO COBERTO: É o efetivo acontecimento acidental ou inesperado, causador de **dano** ou um prejuízo financeiro contra o qual é feito o seguro e que a **Seguradora** tem o dever de indenizar, desde que dentro dos parâmetros de **coberturas**, prazos e limites contratados pelo **Segurado** descritos na presente **apólice**.

REGULAÇÃO DE SINISTRO: Trata-se do processo de avaliação das causas, conseqüências, circunstâncias e apuração dos prejuízos devidos ao **Segurado** e do direito deste à **indenização**.

ROUBO DE DOCUMENTOS: se caracteriza pela subtração de documentos mediante grave ameaça ou violência, reduzindo a possibilidade de resistência da vítima.

SALVADOS: todos os remanescentes materiais de um **Sinistro** ocorrido que pertencem à **Seguradora** após a **indenização** do **Sinistro**, devendo ser preservados pelo **Segurado**.

SEGURADO: É pessoa física contratante do seguro, na qualidade de prestador de **serviços profissionais médicos** com habilitação reconhecida pelos respectivos conselhos competentes, inclusive para a especialidade objeto do seguro, devidamente designado na especificação da **apólice**.

Fica entendido e acordado que caso o **Segurado** venha a falecer ou tornar-se incapaz civilmente, esta Apólice cobrirá indenizações de valores monetários decorrentes de qualquer **Reclamação** feita de acordo com suas condições contra o seu espólio, seus herdeiros ou representantes legais.

SEGURADORA: é a **Chubb Seguros Brasil S/A**, empresa autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil como tal e que recebendo o **prêmio**, assume o **risco** e garante a **indenização** em caso de ocorrência de **Sinistro** amparado pelo contrato de seguro.

SEGURO A PRIMEIRO RISCO ABSOLUTO: em caso de **Sinistro**, a **Seguradora** responderá pelo pagamento dos prejuízos até o **Limite máximo de indenização** ou **Limite agregado** indicado na **apólice**. Neste caso não se aplica a cláusula de **rateio**.

SERVIÇOS PROFISSIONAIS MÉDICOS: Conjunto de **atos médicos** que caracterizam a prestação de serviços do **Segurado** aos seus respectivos clientes/ pacientes.

SINISTRO: É o termo que define o acontecimento do **fato gerador** previsto e coberto no contrato deste seguro.

SUCUMBÊNCIA: O princípio da **sucumbência** atribuí à parte vencida em um processo judicial o pagamento de todos os gastos decorrentes da atividade processual.

TERCEIRO: pessoa física que recebeu a prestação de **serviços profissionais médicos** e/ou seus representantes legalmente constituídos para pleitear reparações de **danos**.

USO E CONSERVAÇÃO DO IMÓVEL: o estado do imóvel e condições de manutenção do(s) local(is) onde se encontram e são desenvolvidas as atividades profissionais do **Segurado**.

VISTORIA DE SINISTRO: termo utilizado para definir ato do **Segurador** em realizar trabalho de visita ao local da ocorrência do **Sinistro**, a fim de apurar o montante dos prejuízos sofridos pelo **terceiro** pela efetivação do **fato gerador** previsto e coberto no contrato de seguro.

2. OBJETO DO SEGURO

2.1. O objeto do presente seguro é o pagamento, a título de **indenização** securitária pela **Seguradora** ao terceiro beneficiário, por danos causados pela prestação de **serviços profissionais médicos** pelos quais o **Segurado** seja responsabilizado civilmente nos termos desta **Apólice**, das **coberturas** contratadas e especificadas nesta **Apólice**, observadas as exclusões e limitações aqui expressamente previstas.

2.2. Fica esclarecido entre as partes que esta **apólice** é à **base de reclamação com notificação**, ou seja, que tem como objeto o pagamento de **indenização** securitária com base em **Reclamações** apresentadas à **Seguradora** entre o início de vigência desta **Apólice** e o fim do **Prazo complementar** ou **Prazo suplementar**, exclusivamente sobre os **fatos geradores** verificados entre a **Data retroativa de cobertura** e a do término da vigência desta **apólice**, conforme o caso.

2.3. Durante o **período de vigência** desta **apólice**, é facultado ao **Segurado** notificar a **Seguradora** sobre a ocorrência de quaisquer atos, fatos ou circunstâncias que possam originar uma **reclamação**. A **notificação** também poderá ser dirigida à **Seguradora** durante o **Prazo complementar** e quando contratado, o **Prazo suplementar**.

Fica entendido que a **notificação**, quando válida, garante ao **Segurado** o direito à **indenização** securitária mesmo após o término dos prazos supra mencionados, caso venha se configurar a **reclamação**. A mera suspeita com relação a uma possível **reclamação** não implica na necessidade de **notificação** à **Seguradora**, devendo o **Segurado** tão somente fazê-lo quando existir prova documental que fundamente tal expectativa.

3. ABRANGÊNCIA DA INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA

3.1. Para os efeitos da presente cobertura securitária, assim que constatada a existência de uma Reclamação coberta pela presente **apólice**, este seguro indenizará **terceiros** pelos valores diretamente decorrentes de:

- a) Condenações pecuniárias provenientes de sentenças judiciais transitadas em julgado ou decisões arbitrais finais proferidas contra o **Segurado**;
- b) Acordos judiciais ou extrajudiciais negociados com o consentimento prévio e por escrito da **Seguradora**; e
- c) Custos de Defesa referentes a reclamações cobertas.

3.2. Coberturas Do Seguro

Desde que observadas todas as disposições desta **apólice**, as **coberturas** aqui previstas garantem o pagamento de **indenização** ao **Segurado**, até o **Limite máximo de indenização**, devidamente estipulado no Item "3" da especificação da **apólice**, desde que decorrente de **atos médicos danosos**, cometidos pelo **Segurado** contra **terceiros** no **exercício** de seus **serviços profissionais médicos**.

3.2.1. Processos judiciais civis e/ou procedimentos administrativos propostos por **terceiros** em face do **Segurado** visando responsabilizá-lo civilmente por **danos materiais** e/ou **danos estéticos** e/ou **danos morais** e/ou **danos corporais**.

3.2.2. **Custos de defesa**, exclusivamente destinados ao processo de defesa do **Segurado**, desde que decorrentes de um fato gerador descrito na cláusula "3.2.1" acima.

3.2.3. A **Seguradora** responderá também, pelos **custos de defesa** na esfera disciplinar, em defesas e explicações perante os respectivos conselhos, desde que relacionada a um **risco coberto** por este mesmo Seguro.

3.2.4. A Seguradora responderá também, pelos custos de defesa na esfera criminal, exclusivamente por atos médicos incidentais causados a terceiros e cobertos pela presente apólice.

Fica entendido e acordado que as coberturas descritas na cláusula 3.2 acima estão incluídas no **Limite máximo de indenização**, prevalecendo os termos descritos na cláusula “07” da presente apólice.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

A Seguradora ficará desobrigada de indenizar ou de efetuar qualquer pagamento com base nesta Apólice, quando da ocorrência de qualquer uma das situações listadas nas cláusulas abaixo ou quando e na medida em que uma reclamação estiver relacionada direta ou indiretamente a qualquer uma de referidas circunstâncias:

4.1. RECLAMAÇÕES APRESENTADAS POR SERVIÇOS PROFISSIONAIS MÉDICOS E/OU TRATAMENTO MÉDICO POR ESPECIALIDADE NÃO INFORMADA NA ACEITAÇÃO DO PRESENTE SEGURO, CONFORME DESCRITO NO ITEM “09” DA ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE - ESPECIALIDADE PROFISSIONAL;

4.2. PRATICAR VOLUNTARIAMENTE ATOS MÉDICOS PROIBIDOS POR LEIS OU POR REGULAMENTAÇÕES EMANADAS DE AUTORIDADES SANITÁRIAS OU OUTRAS AUTORIDADES COMPETENTES DE NORMAS E RESOLUÇÕES NO QUE SE REFERE AOS PARÂMETROS ESTABELECIDOS PELOS CONSELHOS FEDERAIS DE SERVIÇOS MÉDICOS PROFISSIONAIS CONSIDERADOS NO PRESENTE SEGURO;

4.3. OS ATOS MÉDICOS PRATICADOS PELO SEGURADO QUANDO SUA LICENÇA PARA EXERCER A PROFISSÃO ESTIVER SUSPensa, REVOGADA, EXPIRADA OU NÃO RENOVADA JUNTO ÀS ENTIDADES DE CLASSE RESPONSÁVEIS POR ESTE CONTROLE NA ÉPOCA DA REALIZAÇÃO DO ATO MÉDICO QUE ENSEJOU A RECLAMAÇÃO;

4.4. RECLAMAÇÕES POR ATOS MÉDICOS PRATICADOS PELO SEGURADO SOB O EFEITO DE SUBSTÂNCIAS TÓXICAS, ENTORPECENTES E/OU DE ALCOÓL;

4.5. A RESPONSABILIDADE CIVIL ATRIBUÍDAS A OUTROS MÉDICOS, ENFERMEIROS, HOSPITAIS, PLANOS DE SAÚDE, CONVÊNIOS, COOPERATIVAS DE TRABALHO OU INSTITUIÇÕES SIMILARES E AO QUE NÃO ESTEJAM DEVIDAMENTE DESCRITAS NO ITEM 01 – SEGURADO DA ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE OU CLÁUSULA PARTICULAR INTEGRANTE A ESTA APÓLICE. FICAM TAMBÉM EXCLUÍDOS, QUAISQUER TIPOS DE RESPONSABILIDADE ATRIBUÍDOS A FABRICANTES DE REMÉDIOS OU DE EQUIPAMENTOS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, BEM COMO ÓRGÃOS GOVERNAMENTAIS;

4.6. RADIAÇÕES IONIZANTES OU QUAISQUER OUTRAS EMANAÇÕES HAVIDAS NA PRODUÇÃO, TRANSPORTE, UTILIZAÇÃO OU NEUTRALIZAÇÃO DE MATERIAIS FÍSSEIS E SEUS RESÍDUOS, E QUAISQUER FATOS GERADORES DECORRENTES DE ENERGIA NUCLEAR, COM FINS PACÍFICOS OU BÉLICOS E TAMBÉM QUALQUER PERDA, DESTRUIÇÃO, DANO OU RESPONSABILIDADE LEGAL DIRETA OU INDIRETAMENTE CAUSADOS POR, RESULTANTES DE, OU PARA OS QUAIS TENHA CONTRIBUÍDO MATERIAL DE ARMAS NUCLEARES.

FICA, PORÉM, ENTENDIDO E ACORDADO QUE ESTA EXCLUSÃO NÃO SE APLICARÁ QUANDO OS DANOS DECORREREM DO USO EXCLUSIVAMENTE TERAPÊUTICO DA ENERGIA NUCLEAR, NO ESTABELECIMENTO DO SEGURADO E SOB SUA SUPERVISÃO DIRETA;

4.7. PEDIDOS DE REEMBOLSO DE HONORÁRIOS PROFISSIONAIS JÁ PAGOS, MESMO QUANDO DECORRENTES DE RISCO COBERTO POR ESTA APÓLICE;

4.8. FATOS GERADORES OCORRIDOS EM PERÍODO ANTERIOR AO ESTABELECIDO NA “DATA RETROATIVA DE COBERTURA” (ITEM 04 – PÁG 01), CONHECIDO OU NÃO PELO SEGURADO.

ESTARÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS, OS FATOS GERADORES OCORRIDOS ENTRE O PERÍODO DA DATA RETROATIVA DE COBERTURA E O ÍNICIO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE, QUE SEJAM CONHECIDOS PELO SEGURADO;

4.9. ATOS ILÍCITOS DOLOSOS CRIMINAIS E/OU FRAUDULENTOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELOS BENEFICIÁRIOS E/OU PELOS RESPECTIVOS REPRESENTANTES LEGAIS DE UM OU DE OUTRO;

4.10. MULTAS E/OU IMPOSIÇÃO DE PENALIDADES DE NATUREZA NÃO INDENIZATÓRIA APLICADAS AO SEGURADO;

4.11. RESPONSABILIDADES ASSUMIDAS PELO SEGURADO POR CONTRATOS, CONVENÇÕES, PROMESSAS, COMPROMISSOS E GARANTIAS, ESCRITAS OU NÃO, INCLUINDO, MAS NÃO LIMITADO AO RESULTADO DE QUALQUER TRATAMENTO MÉDICO MINISTRADO PELO SEGURADO, RECLAMAÇÕES POR RESULTADOS INSATISFATÓRIOS AO DESEJADO, PROPAGANDA MÉDICA, OU POR QUALQUER OUTRO TIPO DE ACORDO QUE NÃO SEJAM DECORRENTES DE OBRIGAÇÕES CIVIS LEGAIS;

4.12. RESPONSABILIDADE DO SEGURADO DECORRENTE DE RECLAMAÇÕES POR ATOS DE GESTÃO EMANADA DA SUA ATUAÇÃO COMO PROPRIETÁRIO, SÓCIO, ACIONISTA, DIRETOR, DIRETOR EXECUTIVO, ADMINISTRADOR, DIRETOR MÉDICO OU CARGO E/OU ATRIBUIÇÃO SIMILAR;

4.13. QUALQUER TIPO DE RECLAMAÇÃO APRESENTADA CONTRA O SEGURADO POR SEUS EMPREGADOS, PREPOSTOS, TERCEIRIZADOS, COOPERADOS, ATENDENTES E/OU ESTAGIÁRIOS, QUANDO AO SEU SERVIÇO, INCLUINDO, MAS NÃO LIMITADO A RECLAMAÇÕES DE CUNHO TRABALHISTA E PREVIDENCIÁRIA. FICA ENTENDIDO E ACORDADO QUE TAL EXCLUSÃO NÃO SE APLICA QUANDO OS REFERIDOS EMPREGADOS ESTIVEREM NA CONDIÇÃO DE PACIENTE;

4.14. RECLAMAÇÕES DE TERCEIROS POR ALEGADOS ATOS DE CALÚNIA, INJÚRIA E/OU DIFAMAÇÃO. FICAM IGUALMENTE EXCLUÍDAS AS RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE ABUSO FÍSICOS E SEXUAIS PRATICADOS OU ALEGADAMENTE PRATICADOS PELO SEGURADO;

4.15. QUALQUER RECLAMAÇÃO BASEADA NA INFRAÇÃO DE DIREITOS AUTORAIS, TÍTULOS, SLOGANS, PATENTES, MARCAS REGISTRADAS DE QUALQUER ESPÉCIE, SEGREDOS COMERCIAIS OU INDUSTRIAIS;

4.16. EXTRAVIO, FURTO OU ROUBO DE BENS, INCLUSIVE VEÍCULOS, DINHEIRO E VALORES, EM PODER DO SEGURADO PARA GUARDA E CUSTÓDIA. CONSIDERAM-SE VALORES, PARA EFEITO DESTE SEGURO: METAIS PRECIOSOS, PEDRAS PRECIOSAS E SEMIPRECIOSAS, PÉROLAS, JÓIAS, CHEQUES, TÍTULOS DE CRÉDITO DE QUALQUER ESPÉCIE, SELOS, APÓLICES E QUAISQUER OUTROS INSTRUMENTOS OU CONTRATOS, NEGOCIÁVEIS OU NÃO, QUE REPRESENTEM DINHEIRO;

4.17. DANOS DECORRENTES DE ATOS DE HOSTILIDADE OU DE GUERRA, TUMULTOS, GREVES, "LOCKOUT", REBELIÃO, INSURREIÇÃO, REVOLUÇÃO, TERRORISMO, CONFISCO, NACIONALIZAÇÃO, DESTRUIÇÃO OU REQUISIÇÃO DECORRENTES DE QUALQUER ATO DE AUTORIDADE CIVIL OU MILITAR E FATOS GERADORES SIMILARES;

4.18. DANOS CAUSADOS POR CONSTRUÇÕES, DEMOLIÇÃO, RECONSTRUÇÃO OU ALTERAÇÃO ESTRUTURAL DO IMÓVEL, BEM COMO QUALQUER TIPO DE OBRA, INCLUSIVE INSTALAÇÕES E MONTAGENS;

4.19. DANOS AMBIENTAIS DE QUALQUER NATUREZA, INCLUINDO, MAS NÃO LIMITADO A CONTAMINAÇÃO, VAZAMENTO, EMANAÇÃO, EMISSÃO E/OU ESCAPE DE SUBSTÂNCIAS POLUIDORAS DE FORMA SÚBITA OU CONTÍNUA. FICA ENTENDIDO E ACORDADO QUE ESTARÃO EXCLUÍDOS QUAISQUER TIPOS DE RECLAMAÇÕES RELACIONADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE, ASBESTOS E/OU DERIVADOS;

4.20. RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE PRODUTOS DEFEITUOSOS E/OU COM VÍCIOS, INCLUINDO, MAS NÃO LIMITADO A MEDICAMENTOS PRESCRITOS PELO SEGURADO;

4.21. DANOS A BENS MÓVEIS E IMÓVEIS SOB RESPONSABILIDADE DO SEGURADO, PARA GUARDA OU CUSTÓDIA, TRANSPORTE, USO, MANIPULAÇÃO OU EXECUÇÃO DE QUAISQUER TRABALHOS UTILIZANDO OS REFERIDOS BENS;

4.22. DANOS A VEÍCULOS SOB GUARDA DO SEGURADO E OS DANOS CAUSADOS POR VEÍCULOS UTILIZADOS PELO SEGURADO;

4.23. RECLAMAÇÕES DECORRENTES POR DANOS SOFRIDOS POR TERCEIROS DECORRENTES DE QUALQUER MEIO DE SE OBTER QUALQUER TIPO DE VANTAGEM PELO ACESSO INDEVIDO A INFORMAÇÕES POR MEIOS DE SISTEMA DE COMPUTAÇÃO, INCLUÍDO, ACESSO INDEVIDO OU TRANSAÇÕES FEITAS PELA INTERNET;

4.24. OS ATOS MÉDICOS PRATICADOS COM TÉCNICA, MEDICAMENTOS E/OU EQUIPAMENTOS NÃO RECONHECIDOS PELA CIÊNCIA MÉDICA E/OU ÓRGÃOS COMPETENTES E, AINDA, OS ATOS MÉDICOS ENVOLVENDO TÉCNICAS EXPERIMENTAIS;

4.25. RECLAMAÇÕES DE NATUREZA CONCORRENCIAL, TRIBUTÁRIA, TRABALHISTA PREVIDENCIÁRIA. FICAM AINDA EXCLUÍDAS, RECLAMAÇÕES DE NATUREZA CONSUMERISTA QUE NÃO TENHAM RELAÇÃO COM O OBJETO DO SEGURO, INCLUINDO, MAS NÃO LIMITADO A RECLAMAÇÕES POR PREÇOS

ELEVADOS, DUPLICIDADE DE COBRANÇAS E/OU NÃO FORNECIMENTO DE RECIBOS;

4.26. ESTÃO EXCLUÍDAS DA PRESENTE APÓLICE RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE CIRURGIAS PLÁSTICAS, ESTÉTICAS OU REPARADORAS.

O presente seguro não cobre ainda, salvo se contratado cláusula especial e/ou opcional:

4.27. DANOS RELACIONADOS COM A EXISTÊNCIA, USO E CONSERVAÇÃO DE IMÓVEIS.

4.28. ATUAÇÃO DO SEGURADO COMO DIRETOR MÉDICO.

5. PRAZO COMPLEMENTAR E PRAZO SUPLEMENTAR PARA APRESENTAÇÃO DE RECLAMAÇÕES

5.1. Prazo complementar

5.1.1. Em caso de não renovação, o **Segurado** terá direito sem qualquer ônus, a um prazo adicional de 36 (trinta e seis) meses a contar do término da vigência desta **Apólice**, para apresentar reclamações à **Seguradora**, relativos aos **serviços profissionais médicos** cometidos entre a **data retroativa de cobertura** e o fim de vigência da **apólice**, contados a partir do término de vigência da **apólice**, considerando as seguintes hipóteses:

I – se a **apólice** não for renovada;

II – se a **apólice** à base de reclamações for transferida para outra **Seguradora** que não admita integralmente, o **período de retroatividade** da **apólice** precedente;

III – se a **apólice** for substituída por **apólice** a base de ocorrência, ao final de sua vigência, na mesma **Seguradora** ou em outra;

IV – se a **apólice** for cancelada, desde que o cancelamento não tenha ocorrido por determinação legal, por falta do pagamento do **prêmio** ou por pagamento das indenizações ter atingido o **limite máximo de indenização** da **apólice**, quando este tiver sido estabelecido.

5.1.2. O **prazo complementar** concedido não se aplica àquelas **coberturas** cujo pagamento das indenizações tenha atingido o **limite agregado**.

5.1.3. O **prazo complementar** se aplica às **coberturas** previamente contratadas e que não foram incluídas na renovação da **apólice**, desde que essas não tenham sido canceladas por determinação legal, ou por falta de pagamento do **prêmio**.

5.2. Prazo suplementar

5.2.1. Durante o prazo especificado na cláusula 5.1.1 acima, o **Segurado**, terá o direito de contratar, somente uma única vez, um **Prazo suplementar** de 12 (doze) meses para apresentar Reclamações à **Seguradora**, contado a partir do término do **Prazo complementar**, mediante o pagamento de **prêmio** adicional correspondente a 100% (cem por cento) do **prêmio** anual desta **Apólice**.

5.2.1.1. O direito ao **Prazo suplementar** poderá ser exercido pelo **Segurado**, desde que o mesmo efetue o pagamento total do **prêmio** adicional. Neste caso, o **Segurado** deverá efetuar o pagamento integral do **prêmio** adicional, não sendo admitido, desta forma, o pagamento proporcional do **prêmio** adicional.

5.2.2. Para exercer o direito ao **Prazo suplementar**, o **Segurado** deverá requerer sua contratação por escrito em até 30 (trinta) dias antes da data final do **Prazo complementar**. O **prêmio** adicional referente ao **Prazo suplementar** deverá ser pago, em uma única parcela, em até 30 (trinta) dias após a emissão do respectivo **endosso**.

5.2.3. Em caso de contratação de **Prazo suplementar** conforme os termos acima, não serão possíveis requerer seu cancelamento ou restituição do **prêmio** pago.

5.3. Em nenhuma hipótese o **Prazo complementar** e o **Prazo suplementar** alterarão o prazo de vigência desta **Apólice**.

5.4. Não haverá direito à contratação do **Prazo complementar** ou do **Prazo suplementar** nos casos de cancelamento desta **Apólice** por determinação legal ou por falta de pagamento, pelo esgotamento do **Limite máximo de indenização** ou transferência plena do **risco** para outra **Seguradora**.

6. LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO

6.1. O **Limite máximo de indenização** é o limite total de responsabilidade da **Seguradora** por qualquer **indenização** securitária prevista nesta **Apólice**, em um único **Sinistro** ou uma série de **Sinistros** (de um ou vários reclamantes), apresentados no decorrer da **vigência** do Seguro, limitada ainda ao **Limite máximo de indenização** fixado para cada **cobertura** contratada, caso aplicável.

6.1.1. A eventual contratação do **Prazo suplementar** não afetará o **Limite máximo de indenização**, que permanecerá em vigor parcial ou totalmente, na exata medida em que tenha sido ou não anteriormente consumido.

6.2. O **Segurado** poderá solicitar aumento do **limite máximo de indenização**, mediante solicitação por escrito à **Seguradora**, que analisará a aceitação ou não e responderá formalmente, as novas condições e alterações de **prêmio**, se aplicável.

6.2.1. Em caso de aceitação pela **Seguradora**, será utilizado o critério restritivo, ou seja, será aplicado o novo limite apenas para as reclamações e/ou notificações decorrentes de fatos geradores que ocorram a partir da data de sua implementação, prevalecendo o limite anterior para reclamações relativas aos **danos** ocorridos anteriormente àquela data e a partir da **data retroativa de cobertura**.

6.3. Os **custos de defesa** que ultrapassarem o **limite máximo de indenização** não serão indenizados pela **Seguradora**.

6.4. O **Limite máximo de indenização** dar-se-á a primeiro **risco** absoluto. Neste caso, a **Seguradora** responderá integralmente pelos prejuízos efetivamente incorridos e devidamente comprovados pelo **Segurado**, até o valor do **Limite máximo de indenização** da **apólice**, respeitada as demais disposições e cláusulas constantes deste contrato.

6.5. Os limites e os sub-limites descritos no **item 3** da especificação da **apólice** aplicam-se às **coberturas** descritas na cláusula 03 (risco coberto) e seus respectivas sub-cláusulas 3.1 e 3.2. Em hipótese alguma os limite e sub-limites descritos se somam, permanecendo como **limite máximo de indenização** da presente **apólice**.

6.6. Não obstante ao descrito na cláusula “08” da presente apólice, o **limite máximo de indenização**, representa o limite máximo de responsabilidade da **Seguradora**, por **Sinistro** ou série de **Sinistros** resultantes de um mesmo **fato gerador**.

7. LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO POR COBERTURA CONTRATADA

7.1. Os **Limites Máximos de Indenização** estabelecidos para **coberturas** distintas são independentes, não se somando nem se comunicando. Assim, em hipótese alguma a **indenização** poderá ultrapassar o valor indicado como **Limite Máximo de Indenização** descrito no item 03 da especificação da **apólice**, observado o disposto na cláusula 23 - Redução e Reintegração.

7.2. O **Segurado** poderá solicitar aumento do **limite máximo de indenização** por cada **cobertura**, mediante solicitação por escrito à **Seguradora**, que analisará a aceitação ou não e responderá formalmente, as novas condições e alterações de **prêmio**, se aplicável.

7.2.1. Em caso de aceitação pela **Seguradora**, será utilizado o critério restritivo, ou seja, será aplicado o novo limite apenas para as reclamações e/ou notificações decorrentes de fatos geradores que ocorram a partir da data de sua implementação, prevalecendo o limite anterior para reclamações relativas aos **danos** ocorridos anteriormente àquela data e a partir da **data retroativa de cobertura**.

8. LIMITE AGREGADO

8.1. O **limite agregado** equivale ao valor total máximo indenizável pelo contrato de seguros, considerada a soma de todas as indenizações e demais gastos e/ou despesas relativos aos **Sinistros** ocorridos durante a vigência da **apólice** ou a partir da **data retroativa de cobertura**, quando aplicável, fixado e estipulado como o produto do **limite máximo de indenização**. Os limites agregados estabelecidos para **coberturas** distintas são independentes, não se somando nem se comunicando.

8.2. O valor do **limite agregado** é igual ao **limite máximo de indenização** e deverá estar expressamente descrito na **apólice**.

8.3. Ocorrerá o cancelamento automático do **seguro**, quando a soma das indenizações atingirem o **limite agregado**, conforme descrito no **item “03”** das especificações.

9. FRANQUIA / PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO

9.1. Fica estabelecida uma **participação obrigatória** do **Segurado**, por **fato gerador**, equivalente ao discriminado no item 05 da especificação da **apólice**. Neste caso, a obrigação da **Seguradora** inicia-se aos montantes que ultrapassarem o valor da **Franquia/ participação obrigatória** do **Segurado**.

10. ÂMBITO DE COBERTURA

O presente seguro abrangerá **reclamações ocorridas e iniciadas em qualquer parte do território brasileiro**, salvo convenção em contrário, mediante prévio acordo por escrito entre **Segurado** e **Seguradora**.

11. ACEITAÇÃO / RECUSA

11.1. A **Seguradora** terá o prazo máximo de **15 (quinze) dias** corridos para aceitar ou recusar o **risco**, contado da data do recebimento da proposta de (i) contratação, (ii) de renovação ou (iii) de **endosso** em função de modificação do **risco**, devidamente assinada pelo **proponente**, por seu representante legal ou por **corretor** de seguros habilitado, seja para seguros novos, seja para renovações desta **Apólice**, bem como para alterações que impliquem modificação do **risco**.

11.2. O prazo acima referido será suspenso quando a **Seguradora** solicitar informações e/ou documentos complementares para a análise dos **riscos**, sendo reiniciado no primeiro dia útil após o atendimento da exigência por parte do **proponente**, seu representante legal ou por **corretor** de seguros habilitado.

11.2.1. A solicitação de documentos complementares, para análise dos **riscos**, nos termos acima, poderá ser feita apenas uma vez durante o prazo previsto para aceitação, no caso de pessoa física, podendo, contudo, no caso de pessoa jurídica, a **Seguradora** fazer solicitações de documentos adicionais mais de uma vez durante este período, se indicar os fundamentos para tais requisições.

11.3. A aceitação do seguro, de sua renovação ou de eventual **endosso** em função de modificação do **risco** será automática, caso não haja manifestação em contrário por parte da **Seguradora** no prazo de 15 (quinze) dias acima mencionado, devendo ser consideradas, no entanto, eventuais suspensões de tal prazo nos termos acima ou na forma da lei.

11.4. Para a aceitação da proposta acima mencionada, o **Segurado** deverá declarar o seu desconhecimento acerca de quaisquer atos, fatos ou circunstâncias, ocorridos desde a **Data retroativa de cobertura**, que possam dar origem, no futuro, a uma **Reclamação** coberta pelo presente seguro.

11.5. Em caso de não aceitação da proposta, a **Seguradora** enviará carta formal com as devidas justificativas da recusa.

11.6. Em caso de recusa de proposta com adiantamento de pagamento de **prêmio**, dentro dos prazos previstos nos itens anteriores, a **cobertura** prevalecerá por mais dois dias úteis, contados a partir da data em que o **proponente**, seu representante ou **corretor** de seguros tiver conhecimento formal da recusa.

11.6.1. O valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao **proponente**, no prazo máximo de 10 dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pró-rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a **cobertura**.

11.7. A emissão da **apólice**, do certificado ou do **endosso** será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta.

12. INSPEÇÃO

A **Seguradora** se reserva o direito de realizar **Inspeção** nas instalações do **Segurado**, ficando entendido e acordado que entre a data dessa solicitação e sua realização, ficarão suspensos os 15 (quinze) dias previstos para análise da aceitação do **risco**.

Fica ainda acordado, que para fins de aceitação do seguro proposto, a **Seguradora** se reserva o direito de requerer, adequações nos sistemas de prevenção, proteção ou processos aos quais estejam relacionados à **cobertura** do seguro, o que será feito por escrito e estipulando-se prazo hábil para execução de tais providências.

Em caso de eventual **Sinistro**, não tendo havido as adequações requeridas, a **Seguradora** ficará desobrigada do pagamento de qualquer **indenização**.

13. VIGÊNCIA DO SEGURO

13.1. O seguro é válido, desde que aceito pela **Seguradora** pelo período contratado, a partir das 24 horas da data indicada na **apólice** como início de vigência e cessa às 24 horas da data indicada na **apólice** como final de vigência.

13.2. Não havendo pagamento de **prêmio** quando do protocolo da proposta, o início de vigência da **apólice** será a data de aceitação da proposta ou data distinta, mediante prévio acordo entre **Segurado** e **Seguradora**.

13.3. Caso a proposta seja recepcionada pela **Seguradora**, com adiantamento para futuro pagamento parcial ou total do **prêmio**, o início de vigência, será a partir da data de recepção da proposta pela **Seguradora**.

14. RENOVAÇÃO DO SEGURO

A renovação deste seguro **não é automática**, cabendo as partes acordarem previamente por escrito as bases da nova contratação.

Em renovações sucessivas será obrigatoriamente a concessão do período de retroatividade da **apólice** anterior, salvo mediante acordo entre as partes, a fixação de outra data, anterior àquela, hipótese em que a nova data prevalecerá para as renovações futuras.

15. PAGAMENTO DO PRÊMIO

15.1. O prazo limite para o pagamento do **prêmio** é a data de vencimento estipulada no documento de cobrança. Quando esta data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do **prêmio** poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente. A **Seguradora** encaminhará o documento de cobrança diretamente ao **Segurado**, conforme o caso, ou ainda, por expressa solicitação do **Segurado**, ao **corretor** de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis em relação à data de seu vencimento. Se o **Sinistro** ocorrer dentro do prazo de pagamento do **prêmio**, sem que este tenha sido efetuado, o direito à **indenização** securitária previsto nesta **Apólice** não ficará prejudicado.

15.2. Fica entendido e ajustado que, nos seguros pagos em parcela única ou no caso da primeira parcela nas **apólices** cujo **prêmio** seja pago em parcelas, qualquer **indenização** securitária devida por força da presente **Apólice** somente será devida depois que o pagamento do **prêmio** ou sua primeira parcela, conforme o caso for realizado pelo **Segurado**, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista no respectivo documento de cobrança, sob pena de cancelamento da **Apólice**.

15.3. No caso de parcelamento do pagamento do **prêmio** e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas na sua data de vencimento, o prazo de vigência da **cobertura** prevista nesta **Apólice** será ajustado em função do **prêmio** efetivamente pago, ficando a **Seguradora** obrigada a informar ao **Segurado** o novo prazo, por meio de comunicação escrita, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela a seguir:

Tabela de prazo curto

Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total desta Apólice	Fração a ser aplicada sobre a vigência original	Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total desta Apólice	Fração a ser aplicada sobre a vigência original
13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365
27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365
40	90/365	85	270/365
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365
60	150/365	95	330/365
66	165/365	98	345/365
70	180/365	100	365/365

Para percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

15.4. Restabelecido o pagamento do **prêmio** das parcelas ajustadas, acrescidas da cobrança de juros equivalentes aos praticados no mercado financeiro e de atualização monetária pelo IGP-M/FGV, dentro do novo prazo de pagamento, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original desta **Apólice**.

15.5. Findo o novo prazo de pagamento, conforme reduzido nos termos da cláusula **15.3** acima, sem que tenha sido retomado o pagamento do **prêmio**, esta **Apólice** ficará imediatamente cancelada, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, ficando a **Seguradora** desobrigada de qualquer responsabilidade e obrigação de pagamento da **indenização**.

15.6. No caso de parcelamento do pagamento do **prêmio** em que a aplicação da tabela de prazo curto acima não resultar em alteração do prazo de vigência da **cobertura**, operará o cancelamento desta **Apólice**.

15.7. No caso de parcelamento do pagamento do **prêmio**, será garantida ao **Segurado** a possibilidade de antecipar tal pagamento, total ou parcialmente, mediante redução proporcional dos juros pactuados.

15.8. Estando o **Segurado** em mora durante a vigência da tabela de prazo curto acima e ocorrendo um **Sinistro**, fica desde já assegurado à **Seguradora** o direito de compensar as parcelas vencidas e não pagas com quaisquer valores devidos pela **Seguradora** com base nesta **Apólice**.

15.9. Quando o pagamento da **indenização** securitária acarretar o cancelamento deste contrato de seguro em função da exaustão do **Limite máximo de indenização**, as parcelas vincendas do **prêmio** deverão ser deduzidas do valor de referida **indenização**, excluído o adicional de fracionamento.

15.10. O pagamento do **prêmio** do seguro de forma parcelada não implicará na quitação total do mesmo até que todas as parcelas tenham sido pagas.

15.11. Em caso de parcelamento do **prêmio**, NÃO será cobrado valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento.

15.12. Na hipótese de cancelamento do seguro, o valor eventualmente devido a título de devolução de **prêmio** deverá ser atualizado pela variação do IGP-M/FGV, a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da **Seguradora**.

15.13. No caso de extinção dos índices mencionados nesta **Apólice**, deverá ser utilizado o IPCA/IBGE.

15.14. Fica vedado o cancelamento do contrato de seguro cujo **prêmio** tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto à instituições financeiras, nos casos em que o **Segurado** deixar de pagar o financiamento.

15.15. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independente de **notificação** ou interpelação judicial, de uma vez, justamente com os demais valores do contrato.

16. ALTERAÇÕES

16.1. As alterações ocorridas durante a vigência desta **apólice** deverão ser imediata e obrigatoriamente comunicadas pelo **Segurado** ou quem representá-lo à **Seguradora**, para re-análise do **risco** e estabelecimento eventual de novas bases da **apólice**:

16.1.1. Correção ou alteração dos dados da **apólice**, inclusive bem como aqueles relacionados com as características do **risco coberto**;

16.1.2. Inclusão e exclusão de **coberturas**;

16.1.3. Alteração da atividade profissional exercida;

16.1.4. Quaisquer outras circunstâncias que agravem o **risco**.

16.2. A alteração do **risco** poderá ou não ser aceita pela **Seguradora**, aplicando-se as seguintes disposições:

16.2.1. A **Seguradora** disporá de 15 (quinze) dias para análise das alterações informadas contados a partir da data em que recebeu a comunicação da alteração.

16.2.2. Em caso de aceitação a **Seguradora** providenciará a emissão do documento correspondente, nas condições previamente acordada entre **Segurado** e **Seguradora**, inclusive, com possibilidade de cobrança de **prêmio** adicional.

16.2.3. Em caso de não aceitação, a **Seguradora** cancelará o seguro a partir da data subsequente ao prazo de 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento pelo **Segurado** ou seu representante da **notificação** da recusa do **risco** alterado. Neste caso a **Seguradora** deverá restituir ao **Segurado** o **prêmio** pago proporcionalmente ao período a decorrer de vigência da **apólice**.

16.3. Todas as alterações aqui previstas e outras com o objetivo de correção e alterações simples serão feitas por endosso.

17. HIPÓTESES DE PERDA DE DIREITOS E OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

17.1. O Segurado perderá o direito a qualquer indenização securitária decorrente da presente Apólice quando:

17.1.1. Agravar intencionalmente o risco ou quando este ou o Segurado deixar de cumprir (i) qualquer das suas obrigações aqui previstas ou (ii) as normas legais em vigor, em especial, aquelas contidas nos artigos 765, 766 e 768 do Código Civil.

17.1.2. Houver fraude ou tentativa de fraude, declarações falsas no questionário ou qualquer outro documento necessário para a avaliação do risco antes de sua contratação.

17.1.3. Houver fraude ou tentativa de fraude, declarações falsas, provocação ou simulação do sinistro, assim como agravação intencional para receber indenização.

17.1.4. O Segurado deixar de cumprir o descrito na cláusula 18 (aviso de Sinistro) da presente apólice.

17.2. Perderá igualmente o Segurado o direito a qualquer indenização securitária decorrente da presente Apólice quando a Reclamação em questão fundamentar-se em prática dolosa com base em (i) confissão do próprio Segurado ou (ii) decisão judicial transitada em julgado ou decisão arbitral final em que reste declarada.

17.3. Observadas as regras específicas previstas nas cláusulas 17.5 e 17.6 abaixo, quando, de forma não intencional, for verificado, na ocorrência ou não de um Sinistro, que as informações prestadas pelo Segurado ou pelo corretor de seguros não corresponderem à realidade e interferirem na avaliação e agravamento do risco objeto da presente Apólice, poderá a Seguradora (a) cobrar a respectiva diferença de prêmio referente ao aumento do risco ou (b) resolver o contrato, na forma do disposto no parágrafo único do artigo 766 do Código Civil.

17.4. Na ocorrência de quaisquer das hipóteses descritas nas cláusulas 16.1, 16.2 e 16.3 (b) acima, o Segurado, conforme o caso, ficará ainda obrigado a pagar à Seguradora o valor do prêmio vencido.

17.5. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado ou do corretor de seguros, a Seguradora poderá, na hipótese de NÃO ocorrência de Sinistro:

a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível.

17.5. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado ou do corretor de seguros, a Seguradora poderá, na hipótese de ocorrência de Sinistro que não ultrapasse o Limite máximo de indenização:

a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

b) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado.

17.6. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado ou do corretor de seguros, a Seguradora poderá na hipótese de ocorrência de Sinistro que exceda o Limite máximo de indenização, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença do prêmio cabível.

17.7. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de o Segurado perder o direito à indenização, se ficar comprovado que qualquer um deles se silenciou de má-fé.

17.7.1. A Seguradora poderá no prazo de 15 (quinze) dias contados da data de recebimento do aviso de agravação do risco, dar ciência ao Segurado, conforme o caso, sempre por escrito, de sua decisão de cancelar a Apólice ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada.

17.7.2. O cancelamento do contrato só será eficaz 30 (trinta) dias após a efetivação da notificação pela Seguradora, devendo neste caso ser restituída a diferença do prêmio proporcionalmente ao período do risco ainda não decorrido, observados termos desta Apólice.

17.8. Na hipótese de continuidade do contrato, a Seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

17.9. Sob pena de perder o direito à indenização, o Segurado participará o Sinistro à Seguradora, tão logo tome conhecimento, e adotará as providências imediatas para minorar suas conseqüências.

17.10. O Segurado deixar de cumprir o descrito especificamente na clausula 20.3 - alínea "A" (Indenização) da presente apólice.

18. AVISO DE SINISTRO E NOTIFICAÇÕES

18.1. Toda e qualquer comunicação relacionada a **Sinistros** ou expectativas de **Sinistro** decorrentes desta **Apólice** (incluindo, sem limitação, a **notificação** prevista na cláusula 18.3 abaixo) deverá ser feita por escrito e dirigida à **Seguradora** aos cuidados do Departamento de **Sinistros**. Será considerada como data da comunicação a data do protocolo de entrega e recebimento pelo referido departamento da **Seguradora**. Se feita através de correio, igualmente será considerada a data constante do aviso de recebimento assinado pela **Seguradora**.

18.2. O **Segurado** deverá, sob pena de perda do direito à **indenização** prevista nesta **Apólice**, comunicar, por escrito, à **Seguradora**, tão logo tome conhecimento sobre qualquer citação, carta ou documento recebido, que seja relacionado com qualquer **Reclamação** nos termos desta **Apólice**. Tal comunicação será considerada um **Aviso de Sinistro** para os fins desta **Apólice**. Sem prejuízo ao acima disposto, deverão ainda o **Segurado** comunicar à **Seguradora** todo ato ou fato suscetível de agravar os **riscos** cobertos por esta **Apólice**.

18.3. O **Segurado** deverá, durante o prazo de vigência desta **Apólice**, bem como durante seu **Prazo complementar** e/ou Suplementar, comunicar, por escrito, à **Seguradora**, tão logo seja do seu respectivo conhecimento, a ocorrência de quaisquer atos, fatos ou circunstâncias que possam originar uma **Reclamação** futura, por parte de **terceiros**, nela indicando, da forma mais completa possível, os dados e particularidades tais como:

- a) Lugar, data, horário e descrição sumária do ocorrido;
- b) Se possível, nome, domicílio, estado civil, profissão ou ocupação do **terceiro** prejudicado ou falecido, se for o caso, bem como nome e domicílio de eventual testemunha;
- c) Natureza dos **danos** e de suas possíveis conseqüências, com base em evidência documental;
- d) procedimentos adotados para minorar os efeitos do **fato gerador** da **notificação**;
- e) a data em que o **Segurado** ficou ciente pela primeira vez do(s) fato(s) do **fato gerador** aqui notificado, bem como uma breve descrição da maneira que esse **fato gerador** chegou a seu conhecimento.

18.4. A entrega da **notificação** mencionada na cláusula 18.3 acima à **Seguradora**, produzirá os seguintes efeitos:

- a) Caracterizará o **Sinistro** como de competência desta **Apólice**;
- b) Garantirá que as condições desta **Apólice** serão aplicadas às **reclamações** apresentadas à **Seguradora** mesmo após o final do **Prazo complementar** ou do **Prazo suplementar**, conforme o caso.

18.5. Caso seja feita uma **reclamação** por um **terceiro** referente ao **fato gerador** notificado, os termos e os limites que serão aplicados são os do Seguro vigente na data da **notificação**.

18.6. Dar ciência à **Seguradora** da contratação ou da rescisão de qualquer outro seguro, referente aos mesmos **riscos** previstos nesta **apólice**.

19. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

19.1. Em caso de **Sinistro** deverão ser apresentados à **Seguradora** os seguintes documentos básicos e informações, através de correspondência protocolada, enumerados abaixo:

- Documento de identificação do **Segurado**;
- Documento de identificação do **Terceiro**;
- Data da ocorrência do **Sinistro**;
- Resumo descritivo do **Sinistro**;
- Cópia da ação civil movida contra o **Segurado** por reparação de perdas e **danos** causados a **terceiros**, quando aplicável;
- Certidão de ocorrência da polícia local, quando cabível.

19.2. Além dos documentos acima expostos, a **Seguradora** se reserva no direito de solicitar outros que julgue pertinentes, diante do **fato gerador** ocorrido e descrito na **reclamação** do **Sinistro** e/ou no processo judicial.

19.3. Fica ainda facultado à **Seguradora** o direito de inspecionar os registros do **Segurado** relativos aos **serviços profissionais médicos** por ele executados.

20. INDENIZAÇÃO

20.1. Qualquer **indenização** por este seguro somente será devida se o **Sinistro** for caracterizado como **risco coberto** por estas condições.

20.1.1. Para efeito deste seguro, considera-se como data de exigibilidade, a data de ocorrência do **fato gerador**.

20.2. O **Limite máximo de indenização** representa o valor máximo de responsabilidade assumida pela **Seguradora** para cada **cobertura** contratada. A soma das indenizações pagas, em um único **Sinistro** ou série de **Sinistros**, não poderá ultrapassar o **Limite máximo de indenização** fixado para a **apólice**, de conformidade com o **Limite agregado** da mesma.

20.3. Para apuração dos valores de prejuízos e indenizações, de acordo com as demais condições deste seguro, serão adotados os seguintes critérios:

A) O **Segurado**, sob hipótese alguma, não deverá admitir ou arcar com qualquer responsabilidade, no todo ou em parte, nem deverá incorrer em encargos ou despesas, sem o prévio consentimento por escrito da **Seguradora**;

B) apurada a responsabilidade civil legal do **Segurado** por sentença judicial transitada em julgado, a **Seguradora** efetuará a **indenização** da reparação pecuniária que aquele tenha sido obrigado a pagar;

C) Mediante acordo entre as partes, a **Seguradora** indenizará o montante dos prejuízos regularmente apurados, preferencialmente em dinheiro, admitidas as possibilidades de reparo ou reposição da coisa, observando o limite de **indenização** do Seguro;

D) Todos os **danos** decorrentes de um mesmo **fato gerador** serão considerados como um único **sinistro**, qualquer que seja o número de reclamantes ou reclamações. Para os efeitos das indenizações amparadas por este contrato, será considerado como um único e mesmo sinistro todas as reclamações provenientes da mesma causa originária, prevalecendo as condições vigentes no momento da primeira notificação apresentada à Seguradora. Ocorrendo o término da vigência da cobertura, ou o esgotamento do limite contratado, cessará automaticamente a cobertura para os acontecimentos ocorridos posteriormente;

E) em caso de **Sinistro**, se constar que os valores que serviram de base ao cálculo do **prêmio** foram inferiores aos contabilizados pelo **Segurado**, a **indenização** será paga na razão entre o **prêmio** pago e o devido;

F) qualquer acordo judicial ou extrajudicial, com o terceiro prejudicado, seus beneficiários e herdeiros, só será reconhecido pela Seguradora se tiver sua prévia anuência. Na hipótese de recusa do Segurado em aceitar o acordo recomendado pela Seguradora e aceito pelo terceiro prejudicado, fica desde já acordado que a Seguradora não responderá por quaisquer quantias acima daquela pela qual seria o Sinistro liquidado por aquele acordo;

G) proposta qualquer ação civil coberta pela presente **apólice** contra o **Segurado**, este dará imediato aviso à **Seguradora**, conforme cláusula 18 (**Aviso de Sinistro**).

Ainda, no referido aviso, o **Segurado** deverá informar para a **Seguradora** os advogados de defesa objeto da **reclamação**.

A **Seguradora** avaliará se os valores de honorários e demais despesas cobertas pela presente **apólice** são justos e condizentes com a prática de mercado, considerando todos os aspectos necessários, incluindo, mas não limitando a natureza da **reclamação**, valores envolvidos, porte e experiência do escritório e/ou advogado nomeado.

A **Seguradora** poderá aceitar total ou parcialmente ou mesmo recusar os valores de defesa propostos pelo advogado escolhido pelo **Segurado**. Se Aprovado os valores, a **Seguradora** arcará com **custos de defesa**, observados os dispostos nas cláusulas 3.2 e 7.3.1. Em caso de recusa ou aprovação parcial, a **Seguradora** enviará carta formal ao **Segurado** detalhando os motivos que levaram a não aceitação dos **custos de defesa** apresentado pelo advogado escolhido pelo **Segurado**.

Desde que não se vislumbre uma hipótese de não aplicação da **cobertura** securitária objeto desta **Apólice**, o pagamento dos **custos de defesa** dar-se-á, de forma antecipada, na medida e nas condições em que os mesmos forem devidos ou incorridos pelo **Segurado**, desde que tenham sido previamente acordados por escrito pela **Seguradora**;

H) ainda que não figure na ação, a **Seguradora** poderá intervir na mesma, na qualidade de assistente;

I) fixada a **indenização** devida, seja por sentença transitada em julgado, seja por acordo na forma da alínea “e” acima, a **Seguradora** efetuará a **indenização** da importância, a que estiver obrigada, no prazo máximo de 30 dias, a contar após apresentação dos respectivos documentos;

J) Será interrompida e reiniciada a contagem do prazo para a **indenização**, caso os documentos apresentados não forem suficientes e a **Seguradora** solicitar outros, no caso de dúvida fundada e justificável;

K) Na hipótese de não cumprimento do prazo estabelecido no item h, aos valores devidos serão acrescidos multa de 2% (dois por cento), juros simples de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês) , contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, e atualização monetária pela variação positiva do índice IPC-A/IBGE, apurada entre o último índice publicado antes da data do **fato gerador** do **Sinistro** e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

21. VISTORIA DE SINISTRO

A **Seguradora** se reserva o direito de realizar visita ao local de **risco** e/ou local que estiverem relacionados ao **Sinistro**, a fim de apurar a causa do **fato gerador** reclamado e suas conseqüências, bem como o montante dos prejuízos sofridos pelo **terceiro** pela efetivação do **fato gerador** previsto e coberto no contrato de seguro.

22. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

22.1. O **Segurado** que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro sobre os mesmos bens e contra os mesmos **riscos** deverá comunicar sua contratação, previamente, por escrito, a todas as **Seguradoras** envolvidas, sob pena de perda de direito.

22.2. O prejuízo total relativo a qualquer **Sinistro** amparado por **cobertura** de responsabilidade civil, cuja **indenização** esteja sujeita às disposições deste contrato, será constituído pela soma das seguintes parcelas:

- a) despesas, comprovadamente, efetuadas pelo **Segurado** durante e/ou após a ocorrência de **danos a terceiros**, com o objetivo de reduzir sua responsabilidade;
- b) valores das reparações estabelecidas em sentença judicial transitada em julgado e/ou por acordo entre as partes, nesta última hipótese com a anuência expressa das sociedades **Seguradoras** envolvidas.

22.3. De maneira análoga, o prejuízo total relativo a qualquer **Sinistro** amparado pelas demais **coberturas** será constituído pela soma das seguintes parcelas:

- a) despesas de salvamento, comprovadamente, efetuadas pelo **Segurado** durante e/ou após a ocorrência do **Sinistro**;
- b) valor referente aos **danos** materiais, comprovadamente, causados pelo **Segurado** e/ou por **terceiros** na tentativa de minorar o **dano** ou salvar a coisa;
- c) **danos** sofridos pelos bens **Segurados**.

22.4. A **indenização** relativa a qualquer **Sinistro** não poderá exceder, em hipótese alguma, o valor do prejuízo vinculado à **cobertura** considerada.

22.5. Na ocorrência de **Sinistro** contemplado por **coberturas** concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos **riscos**, em **apólices** distintas, a distribuição de responsabilidade entre as sociedades **Seguradoras** envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

I – será calculada a **indenização** individual de cada **cobertura** como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, **franquias**, participações obrigatórias do **Segurado**, **Limite máximo de indenização** da **cobertura** e cláusulas de **rateio**;

II – será calculada a “**indenização** individual ajustada” de cada **cobertura**, na forma abaixo indicada:

a) se, para uma determinada **apólice**, for verificado que a soma das indenizações correspondentes às diversas **coberturas** abrangidas pelo **Sinistro** é maior que seu respectivo **Limite máximo de indenização**, a **indenização** individual de cada **cobertura** será recalculada, determinando-se, assim, a respectiva **indenização** individual ajustada. Para efeito deste recálculo, as indenizações individuais ajustadas relativas às **coberturas** que não apresentem concorrência com outras **apólices** serão as maiores possíveis, observados os respectivos prejuízos e Limites Máximos de **Indenização**. O valor restante do **limite máximo de indenização** da **apólice** será distribuído entre as **coberturas** concorrentes, observados os prejuízos e os Limites Máximos de **Indenização** destas **coberturas**.

b) caso contrário, a “**indenização** individual ajustada” será a **indenização** individual, calculada de acordo com o inciso I deste artigo.

III – será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das **coberturas** concorrentes de diferentes **apólices**, relativas aos prejuízos comuns, calculadas de acordo com o inciso II deste artigo;

IV – se a quantia a que se refere o inciso III deste artigo for igual ou inferior ao prejuízo vinculado à **cobertura** concorrente, cada sociedade **Seguradora** envolvida participará com a respectiva **indenização** individual ajustada, assumindo o **Segurado** a responsabilidade pela diferença, se houver;

V – se a quantia estabelecida no inciso III for maior que o prejuízo vinculado à **cobertura** concorrente, cada sociedade **Seguradora** envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva **indenização** individual ajustada e a quantia estabelecida naquele inciso.

22.6. A sub-rogação relativa a **salvados** operar-se-á na mesma proporção da cota de participação de cada sociedade **Seguradora** na **indenização** paga.

22.7. Salvo disposição em contrário, a sociedade **Seguradora** que tiver participado com a maior parte da **indenização** ficará encarregada de negociar os **salvados** e repassar a quota-parte, relativa ao produto desta negociação, às demais participantes.

22.8. Esta cláusula não se aplica às **coberturas** que garantam morte e/ou invalidez.

23. TRANSFERÊNCIA DE APÓLICES

23.1. Em caso de transferência plena dos **riscos** compreendidos na **apólice**, para outra Sociedade **Seguradora**, a nova Sociedade **Seguradora** poderá, mediante cobrança de **prêmio** adicional e desde que não tenha ocorrido solução de continuidade do seguro, conceder o **período de retroatividade** e desde que o **período de retroatividade** seja igual à vigência do seguro na ocasião da contratação.

23.2. Uma vez fixada a data limite de retroatividade igual ou anterior à da **apólice** vencida a nova Sociedade **Seguradora**, ficará isenta da obrigatoriedade de conceder os **prazo complementar e suplementares**.

23.3. Se a **data limite de retroatividade** fixada na nova **apólice** for posterior a **data limite de retroatividade** da nova Sociedade **Seguradora**, o **Segurado**, na **apólice** vencida, terá direito a concessão de **prazo complementar** e, quando contratada, de **prazo suplementar**.

23.4. Na hipótese prevista no item anterior, a aplicação dos prazos adicionais ficará restrita a apresentação de reclamações de **terceiros**, relativas aos **danos** ocorridos no período compreendido entre a **data limite de retroatividade** da nova **apólice**.

24. ALTERAÇÕES DO LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO OU COBERTURA DO SEGURO

24.1. Nos casos de alteração do **limite máximo de indenização** ou de alguma **cobertura** do seguro, serão adotados os seguintes critérios:

- a) será admitido, desde que previamente aprovado pela **Seguradora**, durante a vigência da **apólice**, com possibilidade de alteração do **prêmio**;
- b) as alterações serão aplicadas, apenas, aos **Sinistros** efetivamente ocorridos a partir da data de sua implementação, prevalecendo as condições anteriores para os **Sinistros** já ocorridos, sejam eles de conhecimento ou não do **Segurado**.

25. REDUÇÃO E REINTEGRAÇÃO DO LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO

25.1. Ocorrido um **Sinistro** indenizado pela **Seguradora**, o **Limite máximo de indenização** previsto nesta **Apólice** será reduzido, subtraindo-se o valor de cada **indenização** paga de tal limite até que ele seja completamente consumido, não tendo o **Segurado** direito à restituição do **prêmio** correspondente a

tal redução. Com a utilização total do **Limite máximo de indenização**, o seguro tornar-se-á sem efeito, ressalvada a necessidade de dedução dos **prêmios** vincendos.

25.2. Fica desde já entendido e acordado que o **Limite máximo de indenização** não está sujeito a qualquer tipo de ajuste ou correção e que não haverá, em nenhuma hipótese, reintegração do **Limite máximo de indenização**.

26. RESCISÃO E CANCELAMENTO

I - O Seguro será cancelado automaticamente quando:

Não houver o pagamento do respectivo **prêmio**, nas circunstâncias descritas no item Pagamento de **Prêmio**.

O **risco** se filiar a **atos ilícitos dolosos** do **Segurado**, do beneficiado pelo Seguro, ou dos representantes e seus funcionários, quer de um, quer de outro.

II - O Seguro poderá ser cancelado ainda:

Por iniciativa do **Segurado**, obtida a concordância da outra parte, retendo a **Seguradora** o **prêmio** referente a **cobertura** decorrida, calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto no item “Pagamento de **Prêmio**”.

Por iniciativa da **Seguradora**, obtida a concordância da outra parte, esta reterá o valor do **prêmio** pago proporcional ao tempo de **cobertura** decorrido, ou seja, calculado na base “pro-rata temporis”.

Nota: Os valores eventualmente restituídos serão atualizados monetariamente desde a data do recebimento da solicitação do cancelamento, quando a pedido do **Segurado**, ou a partir da data do efetivo cancelamento se o mesmo ocorrer por iniciativa da **Seguradora**, conforme legislação vigente.

Quando a **indenização** ou a série de indenizações pagas atingirem o **Limite máximo de indenização** para as **coberturas** especificamente discriminadas e/ou atingir o **Limite máximo de indenização** expressamente estabelecido nesta **apólice**.

Não obstante o disposto no item anterior, haverá, no entanto, devolução de **prêmio** quando se tratar de seguro por prazo longo (plurianual), caso em que a **Seguradora** devolverá ao **Segurado** o **prêmio** correspondente aos anos seguintes ao aniversário da **apólice** subsequente à data da ocorrência do **Sinistro**, em base “pro-rata temporis”.

Para prazos não previstos na tabela de Prazo Curto, deverá ser utilizado percentual correspondente ao prazo imediatamente inferior ou o calculado por interpolação linear entre os limites inferior e superior do intervalo.

27. SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS

Pelo pagamento da **indenização**, cujo recibo valerá como instrumento de cessão de direitos, a **Seguradora** ficará sub-rogada em todos os direitos e ações do **Segurado** contra aqueles que por ato, fato ou omissão, tenham causado os prejuízos indenizados ou para ele tenham concorrido.

Salvo dolo, a sub-rogação não tem lugar se o **dano** for causado pelo cônjuge do **Segurado**, seus descendentes ou ascendentes, consangüíneos ou afins.

É ineficaz qualquer ato do **Segurado** que diminuam ou extingam, em prejuízo do **Segurador**, os direitos a que se refere esta cláusula.

28. FORO

Fica estabelecido que as questões judiciais entre **Segurado** e **Seguradora** serão dirimidos no foro do domicílio do **Segurado**. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diferente do domicílio do **Segurado**.

29. CLÁUSULA ADICIONAL DE EXCLUSÃO PARA ATOS DE TERRORISMO

Não obstante o que em contrário possam dispor as condições gerais, especiais e/ou particulares do presente Seguro, fica entendido e acordado que, não estarão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

30. PRESCRIÇÃO

As ações que derivarem desta **Apólice**, entre as partes vinculadas pela mesma, prescrevem de acordo com as disposições do Código Civil Brasileiro.

31. INFORMAÇÕES SUPLEMENTARES

a) A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do **risco**;

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização; e

O **Segurado** poderá consultar a situação cadastral de seu **corretor** de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

32. DOCUMENTOS DO SEGURO

São documentos do presente seguro a proposta com seus anexos e, quando for o caso, o respectivo **questionário** e a ficha de informações.

Nenhuma alteração nesses documentos será válida se não for feita por escrito, receber concordância de ambas as partes contratantes e estar em conformidade com o disposto no tópico “Alteração do **Risco**”, destas **Condições gerais**.

Não é válida a presunção de que a **Seguradora** tenha conhecimento de circunstâncias que não constem nos documentos citados nesta Cláusula, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.

CLAUSULA ESPECÍFICA DE SANÇÕES E EMBARGOS

- a) A cobertura securitária prevista na presente Apólice não terá efeito na medida em que sanções comerciais ou econômicas ou outras leis, regulamentações, restrições ou sanções impostas pelo Escritório de Controle de Ativos Estrangeiros do Departamento do Tesouro dos EUA (*Office of Foreign Assets Control of the US Department of the Treasury* - “OFAC”) e/ou impostas pela Organização das Nações Unidas (“ONU”) proibam a Seguradora de concedê-la, incluindo, mas não se limitando, ao pagamento de indenizações.
- a.1) A exclusão indicada na Cláusula A acima abrange também a lista de cidadãos nacionais especialmente designados e pessoas impedidas de transacionar com Estados Unidos da América (“EUA”) e seus Territórios, feita pelo Escritório de Controle de Ativos Estrangeiros do Departamento do Tesouro dos EUA (*Specially Designated Nationals And Blocked Persons List* - “SDN”).
- b) Para efeito das exclusões descritas nas Cláusulas A e A.1 acima, a sanção, regulamentação, lei, restrição ou inclusão na lista SDN, deverá estar caracterizada no momento do Sinistro.
- c) Caso o Fato Gerador de eventual Sinistro seja anterior a uma sanção, regulamentação, lei, inclusão na lista de embargos, ou restrição imposta pelo OFAC e/ou pela ONU; e que, embora tal Sinistro esteja amparado por esta Apólice, mas ainda não tenha sido completamente liquidado, a cobertura securitária e conseqüentemente a indenização devida, ficarão suspensas, sem quaisquer pagamentos e/ou reembolso de despesa, até que tal sanção, regulamentação, lei, ou restrição seja extinta, ou, no caso de o Segurado e/ou Beneficiário constarem na lista de cidadãos nacionais especialmente designados e pessoas proibidas de transacionar com os EUA (lista SDN), e/ou em quaisquer outras listas de bloqueios/sanções feitas pelos EUA ou pela ONU, até que o Segurado e/ou Beneficiário não conste(m) mais em tal(is) lista(s).
- d) O Segurado poderá consultar a lista de embargos e sanções OFAC por meio do sítio eletrônico oficial do Departamento do Tesouro dos EUA: <https://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx>. Caso o Segurado tenha quaisquer dúvidas ou necessidade de entendimento com relação às exclusões acima, o mesmo poderá entrar em contato com os telefones de Central de Atendimento e SAC da Seguradora, constantes da Apólice.

**CLÁUSULA ESPECIAL PARA COBERTURA DE DIRETOR MÉDICO E/OU CHEFE
EQUIPE**

Fica entendido e acordado que, tendo sido pago o correspondente prêmio, a presente apólice cobre as reclamações contra o segurado decorrentes da sua condição de Diretor Médico e/ou Chefe de Equipe. A presente cobertura é válida somente nos casos de reclamações de terceiros por serviços médicos prestados pela instituição que o Segurado comprovadamente tenha posição de Diretor Médico e/ou Chefe de Equipe.

Permanecem excluídos:

RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE ATOS DE GESTÃO.

Ratificam-se as Condições Gerais da apólice que não tenham sido alteradas por esta Cláusula Especial.

CLÁUSULA ESPECIAL PARA COBERTURA DA PESSOA JURÍDICA PARA FINS DE FATURAMENTO DO SEGURADO PESSOA FÍSICA

Fica entendido e acordado que, tendo sido pago o correspondente prêmio, inclui -se como Segurado desta apólice, a Pessoa Jurídica para Fins de Faturamento do Segurado.

A presente cláusula tem por objetivo amparar as reclamações decorrentes da prestação de serviços médicos do Segurado da referida apólice, que recaiam também sobre a Pessoa Jurídica, mencionada acima.

A cláusula particular não se aplicará para Pessoas Jurídicas que possuem mais de um sócio. Para tanto deverá ser feita uma apólice específica que amparará as demandas de sua razão social.

Também não estarão amparadas por esta cláusula particular:

**RECLAMAÇÕES DECORRENTES DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE PROFISSIONAIS QUE NÃO SEJAM O SEGURADO DESTA APÓLICE;
RECLAMAÇÕES APRESENTADAS POR SERVIÇOS PROFISSIONAIS MÉDICOS E/OU TRATAMENTOS MÉDICOS POR ESPECIALIDADES NÃO INFORMADAS NA ACEITAÇÃO DO PRESENTE SEGURO, CONFORME DESCRITO NO ITEM “09” DA ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE - ESPECIALIDADE PROFISSIONAL;**

CLÁUSULA PARTICULAR DE COBERTURA – HARMONIZAÇÃO OROFACIAL

Para os devidos fins de direito, fica entendido e acordado que, tendo sido pago o correspondente prêmio, considera-se a harmonização orofacial como atividade profissional coberta na Apólice em referência, em complemento à atividade profissional já segurada.

A cobertura para eventuais Reclamações relacionadas a Danos decorrentes da atividade de harmonização orofacial está necessariamente condicionada aos seguintes requisitos:

Os serviços profissionais de harmonização orofacial devem obrigatoriamente ser prestados por dentistas que já estejam formal e legalmente habilitados nesta especialidade, conforme os termos e requisitos da Resolução CFO nº 198/2019 e demais normas que regulamentem essa atividade;

Somente serão passíveis de cobertura os serviços profissionais de harmonização orofacial prestados em estrita conformidade com a Resolução CFO nº 198/2019 e demais normas regulamentadoras existentes e que venham a ser emitidas;

Franquia com POS de 10% dos prejuízos indenizáveis com mínimo de R\$ 1.000,00 e máximo de R\$ 8.000,00 por Reclamação e por Segurado.

Reiterando o disposto nas Condições Gerais da Apólice, estão excluídas da cobertura da Apólice as seguintes situações:

RECLAMAÇÕES APRESENTADAS POR SERVIÇOS PROFISSIONAIS MÉDICOS E/OU TRATAMENTOS MÉDICOS POR ESPECIALIDADES NÃO INFORMADAS NA ACEITAÇÃO DO PRESENTE SEGURO, CONFORME DESCRITO NO ITEM “09” DA ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE - ESPECIALIDADE PROFISSIONAL;

PRATICAR VOLUNTARIAMENTE ATOS MÉDICOS PROIBIDOS POR LEIS OU POR REGULAMENTAÇÕES EMANADAS DE AUTORIDADES SANITÁRIAS OU OUTRAS AUTORIDADES COMPETENTES DE NORMAS E RESOLUÇÕES NO QUE SE REFERE AOS PARÂMETROS ESTABELECIDOS PELOS CONSELHOS FEDERAIS DE SERVIÇOS MÉDICOS PROFISSIONAIS CONSIDERADOS NO PRESENTE SEGURO;

RECLAMAÇÕES DECORRENTES DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE PROFISSIONAIS QUE NÃO SEJAM O SEGURADO DESTA APÓLICE;

RESPONSABILIDADES ASSUMIDAS PELO SEGURADO POR CONTRATOS, CONVENÇÕES, PROMESSAS, COMPROMISSOS E GARANTIAS, ESCRITAS OU NÃO, INCLUINDO, MAS NÃO LIMITADO AO RESULTADO DE QUALQUER TRATAMENTO MÉDICO MINISTRADO PELO SEGURADO, RECLAMAÇÕES POR RESULTADOS INSATISFATÓRIOS AO DESEJADO, PROPAGANDA MÉDICA, OU POR QUALQUER OUTRO TIPO DE ACORDO QUE NÃO SEJAM DECORRENTES DE OBRIGAÇÕES CIVIS LEGAIS.

CLÁUSULA PARTICULAR DE COBERTURA

Fica entendido e acordado que, tendo sido pago o correspondente prêmio, consideram-se como Segurados da apólice os cirurgiões dentistas associados à APCD – Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas (Estipulante) e à ABCD – Associação Brasileira de Cirurgiões Dentistas. A Chubb Seguradora proverá cobertura para 100% (cem por cento) dos Profissionais Dentistas sócios da APCD e ABCD, exceto os Sócios Remidos que necessitam optar pelas Coberturas do Seguro e efetuar o pagamento do prêmio mensal à APCD.

CLÁUSULA PARTICULAR DE PAGAMENTO DO PRÊMIO

Os profissionais dentistas, sócios da APCD e ABCD, em dia com suas obrigações, estarão cobertos pelo seguro e, será tolerado o prazo máximo de até 5 (cinco) meses de inadimplência, sem prejuízo da cobertura securitária, se o pagamento dos 5 (cinco) meses em aberto for feito de uma só vez. A exclusão do segurado será processada no sexto mês após data de início da inadimplência.